

### Ärztenetz Weserbergland

- eine Initiative der medoplan GmbH -

#### §1 Name und Trägerschaft

Das Netzwerk führt den Namen „Ärztenetz Weserbergland“.

Träger des Netzwerks ist die medoplan GmbH, welche die Organisation und Durchführung sämtlicher Netzwerkaktivitäten übernimmt.

Das Ärztenetz Weserbergland ist kein eigenständiger Verein, sondern Teil der kommerziellen und kooperativen Tätigkeiten der medoplan GmbH.

#### §2 Ziel und Zweck des Netzwerks

Ziel des Ärztenetz Weserbergland ist die Förderung des fachlichen Austauschs, die bessere Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten sowie die digitale Patientensteuerung im Weserbergland.

**Das Netzwerk verfolgt insbesondere folgende Zwecke:**

- Verbesserung der Zusammenarbeit unter medizinischen Leistungserbringern.
- Förderung der digitalen Sichtbarkeit von Mitgliedspraxen.
- Optimierung von Patientenprozessen durch technische Lösungen.

#### §3 Mitgliedschaft

Mitglied im Ärztenetz Weserbergland können Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Einrichtungen werden, die ihren Sitz in der Region Weserbergland haben.

Die Mitgliedschaft wird mit schriftlicher Beitrittskündigung und Bestätigung durch die medoplan GmbH wirksam.

Die medoplan GmbH behält sich vor, Mitgliedsanträge ohne Angabe von Gründen abzulehnen.



### §4 Mitgliedsbeitrag

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt 29,00 EUR zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Der Beitrag wird jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Eine Rückerstattung des Mitgliedsbeitrags bei vorzeitiger Beendigung ist ausgeschlossen.

Die medoplan GmbH behält sich vor, den Beitrag mit Ankündigungsfrist von 3 Monaten zum neuen Mitgliedsjahr anzupassen.

### §5 Leistungen für Mitglieder

#### Der Mitgliedsbeitrag inkludiert folgende Leistungen:

- 1x jährlich Netzwerktreffen zum Austausch, zur Fortbildung und Kooperation.
- Digitale Patientensteuerung über eine zentrale Online-Rezeption.
- Erstellung einer individuellen Landingpage zur digitalen Sichtbarkeit der Praxis innerhalb des Netzwerks.

Weitere Leistungen oder Sonderformate können auf Anfrage oder gegen gesonderte Vergütung angeboten werden.

### §6 Dauer der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft besteht für die Dauer eines Zeitjahres und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende der jeweiligen Mitgliedschaftsdauer vom Mitglied gekündigt wird.

Ein außerordentliches Kündigungsrecht aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

Die medoplan GmbH kann Mitglieder aus dem Netzwerk ausschließen, wenn ein Verstoß gegen die Netzwerkordnung oder das Ansehen des Netzwerks vorliegt.



## §7 Sonstige Regelungen

Änderungen dieser Netzwerkordnung werden den Mitgliedern rechtzeitig bekannt gegeben.

Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus der Netzwerkmitgliedschaft ist der Sitz der medoplan GmbH.

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Ordnung unwirksam sein, bleibt die Gültigkeit der Übrigen unberührt.

### Ärztenetz Weserbergland - eine Initiative der medoplan GmbH -

Hiermit beantrage ich mit Wirkung zum Ersten des nächsten Monats die Mitgliedschaft im Ärztenetz Weserbergland.

Die Netzwerordnung erkenne ich an. Die Mitgliedschaft besteht für die Dauer eines Zeitjahres und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende der jeweiligen Mitgliedschaftsdauer von mir gekündigt wird.

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Vorwahl/Tel.: \_\_\_\_\_

Vorwahl/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

KV-Bezirk: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beträgt 348€ für niedergelassene Ärzte, für angestellte Ärzte und für Ärzte im Ruhestand.  
- bitte Nachweis beifügen -



Ort, Datum

Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige/n ich/wir das Ärztenetz Weserbergland den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von dem Ärztenetz Weserbergland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Ärztenetz Weserbergland meine Daten erhebt und speichert, soweit sie für die Mitgliederbetreuung erforderlich sind. Das beinhaltet den Namen, das Eintrittsdatum, die postalische und elektronische Adresse, Telefon- und Faxnummer, den beruflichen Status und die Bankverbindung.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Versand von Rundschreiben meine E-Mail-Adresse und Faxnummer an einen Vertragspartner übermittelt werden. Eine Datenweitergabe durch diesen Vertragspartner erfolgt nicht.

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit widerrufen. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über meine bei der Freien Ärzteschaft e. V. gespeicherten Daten sowie auf deren Korrektur oder Löschung.

Bei Fragen zum Datenschutz kann ich mich jederzeit per E-Mail oder Post an das Büro des Ärztenetzwerkes wenden:

Klütstraße 10  
31787 Hameln  
support@medoplan.de

---

Ort, Datum

Unterschrift

